

Sur la piste d'un dépistage d'ampleur



Après des années d'attente, la France s'apprête à lancer un plan ambitieux mêlant dépistage en population générale et dépistage ciblé.

Le geste est précis et indolore. Presque doux. Il consiste à prélever, au bout du doigt, une goutte de sang. Et permet de connaître, une demi-heure plus tard, son statut sérologique. En mars, lors du lancement de Drag'test – une étude comparant le dépistage classique (par prise de sang) avec un dépistage par test rapide et communautaire (lire p. 19) –, le volontaire était anonyme. À la Conférence internationale sur le sida, en juillet dernier, à Vienne, la volontaire s'appelait Roselyne Bachelot. Et l'ancienne ministre de la Santé de promettre la pérennisation et l'extension de ce dispositif. L'occasion pour elle de faire oublier que la première mouture de son plan de lutte contre le VIH 2010-2014 venait de se faire étriller par le Conseil national du sida (CNS).

Banaliser le dépistage. C'est donc début octobre que la ministre a présenté une copie revue et corrigée, notamment sur le volet « dépistage ». Assurant qu'« aujourd'hui, nous avons les moyens d'en finir avec cette épidémie », elle assène : « Traiter, c'est d'abord dépister. » Pour elle, « il faut banaliser le dépistage en direction de la population générale, pour que chacun prenne conscience qu'il peut être concerné. Dans ce cadre, la recommandation d'un dépistage proposé à l'ensemble de la population, hors notion d'exposition à un risque, et plus régulièrement pour certaines populations ou dans certaines circonstances (telles que la grossesse), sera mise en œuvre ». En outre,

poursuit-elle, « il devient nécessaire de renforcer l'action en direction des groupes les plus vulnérables, notamment les hommes ayant des rapports sexuels avec les hommes [HSH] », chez qui « l'incidence annuelle du VIH est de 1%, soit 200 fois celle de la population hétérosexuelle ». D'où une « nouvelle forme de dépistage » : « celui réalisé par des non-professionnels de santé ». Et d'ajouter : « Un tel dépistage, rendu possible par les associations elles-mêmes, constitue une grande nouveauté dans notre système de santé, car il permet d'aller à la rencontre, en complémentarité du dépistage effectué dans le système de soins, des personnes qui n'accèdent pas à ce dernier. » De fait, dans un pays qui compte environ 150 000 personnes vivant avec le VIH, « l'enjeu est de dépister les personnes qui ignorent encore leur séropositivité, notamment celles qui ne s'estiment pas comme "à risque", car elles se mettent en danger et représentent une source potentielle de diffusion de l'épidémie ». Or on estime à 50 000 le nombre de personnes qui ignoreraient être porteuses du VIH. De surcroît, alors qu'il y a près de 7 000 nouveaux cas chaque année, près d'un tiers des personnes découvrent tardivement leur séropositivité.

Objectifs. Si le « dispositif actuel du dépistage doit être soutenu et réorganisé », estime le ministère, il est nécessaire d'encourager « le dépistage dans le système de soins par les professionnels de santé de premier recours » (en clair,

le « médecin traitant ») et « le dépistage par les pairs pour les populations à forte incidence ». C'est-à-dire un dépistage « communautaire » pour « des populations qui ne veulent ou ne peuvent se rendre dans le dispositif classique », le ministère ciblant là principalement les HSH, mais aussi « certaines populations de migrants », les « personnes se livrant à la prostitution » ainsi que les « usagers de drogues ». Objectifs ? « Réduire de 50% l'incidence de l'infection par le VIH », « l'incidence du sida » ainsi que « la proportion de personnes découvrant leur séropositivité VIH au stade sida » et « réduire de 20% la mortalité liée au sida ». Pour ce faire, « un milliard d'euros sur cinq ans » est prévu.

Expérimentations. Si les premières pistes d'un plan que le CNS a examiné le 14 octobre suscitent un relatif consensus, on sent chez la plupart des interlocuteurs une pointe d'agacement. Compréhensible au vu de sa genèse. Le CNS plaide en effet depuis novembre 2006 pour un élargissement des propositions de dépistage, notamment à travers une utilisation étendue des tests rapides. Un an plus tard, Sidaction a organisé une journée de travail internationale sur la question du dépistage « hors les murs ». À la suite de quoi la Direction générale de la santé (DGS) a confié à la Haute autorité de santé (HAS) un rapport sur l'évolution du dépistage et à l'ANRS la coordination d'un groupe de travail sur la question. Ce dernier a donc lancé fin 2008 toute une série d'études : dépistage communautaire (Com'test, Drag'test), expérimentations aux urgences (acceptabilité d'une proposition de test et impact sur le travail des personnels), recherches observationnelles (autotests, accessibilité des dispositifs de dépistage...) (lire p.18). De son côté, la HAS a livré, en 2008 et 2009, une série de recommandations qu'est venu rappeler le rapport Yeni lors de la conférence de Vienne. Symbolique ? Ce dernier assène en introduction : « Le dépistage et le traitement sont des outils de prévention à part entière. »

Recommandations. Estimant qu'« en France, les personnes qui ignorent qu'elles sont contaminées par le VIH sont à l'origine de plus des deux tiers des nouvelles contaminations » et que « les stratégies usuelles de prévention n'ont pas permis de réduire l'incidence de l'infection par le VIH », le rapport Yeni préconise donc « d'appliquer les recommandations de la HAS concernant le dépistage ». C'est-à-dire de mettre en œuvre un « dépistage en population générale, dont la promotion doit être assurée dans le grand public » et un « dépistage ciblé et régulier, selon les populations et les circonstances ». Le plan Bachelot n'est donc que le décalque de recommandations déjà anciennes, et on peut se demander pourquoi avoir attendu aussi long-

temps. Réponse de Frédérique Delatour, de la DGS : « On a affaire à une sorte de télescopage. Avec, d'un côté, une pression pour aller vite. Et, de l'autre, des expérimentations toujours en cours. Si on avait voulu être parfaitement logique, on aurait attendu la fin de ces expérimentations pour garder ou non tel ou tel pan du dispositif à venir. » Mais, derrière cette oscillation entre lenteur et rapidité, une certitude : il est nécessaire de faire bouger le dispositif actuel (lire p. 21).

Résultats probants. Certes, il se pratique en France cinq millions de tests par an (soit près de 80 pour 1 000 habitants), un taux qui est loin d'être négligeable. Mais, comme l'atteste l'étude Kapb¹ réalisée en 2004, ces derniers ont lieu à 57,9% en laboratoire sur prescription médicale, à l'hôpital dans 19,2% des cas, en laboratoire sans prescription à 7,3% et dans seulement 5,6% des cas en CDAG. Et que dire de la situation en Guyane où l'épidémie est généralisée et où Médecins du monde a dû se mettre hors la loi pour utiliser les tests rapides ? Or, comme le rappelle Marie Suzan, responsable de Aides en région Paca, « les résultats des dernières expérimentations sont probants. Aux urgences, par exemple, on constate un fort taux d'acceptabilité, ce qui permet de toucher des personnes qui n'iront pas forcément en CDAG ou demander un test à leur médecin. Quant au dépistage communautaire, on réussit à attirer des personnes que l'on ne voit pas ailleurs et on a des taux de découverte supérieurs à ceux en population générale. C'est aussi l'occasion d'être au plus près de ceux qui sont le plus exposés. Le dépistage devient alors un véritable outil de prévention. »

Sur la « quinzaine de centres de dépistage communautaire » qui, selon Frédérique Delatour, doivent ouvrir en 2011, Aides est prête à en gérer « une dizaine, en prolongeant les expérimentations menées », note Marie Suzan. On devrait donc logiquement trouver ces centres à Paris, Lille, Lyon, Marseille, Montpellier, Nice, Bordeaux... Mais attention, précise la militante, « pas question d'abandonner les autres pans du dispositif de dépistage et encore moins d'opposer le dépistage ciblé au dépistage en population générale. Ce qui compte, c'est d'offrir la palette la plus large possible. » Même conviction chez France Lert, chercheuse à l'Inserm : « Pour la prévention, le dépistage volontaire reste clé. Il est donc capital d'articuler ce dépistage à l'initiative de la personne à celui à l'initiative du médecin. » ■■■

¹ « Les connaissances, attitudes, croyances et comportements face au VIH/sida en France », ANRS, ORS, INPES.

■ ■ ■ **Place du généraliste.** Toutefois, note celle qui fut, avec Gilles Pialoux, coauteur d'un rapport sur la prévention dans les groupes les plus exposés, « ce qu'on demande là aux généralistes, c'est un virage à 180 degrés. On veut qu'ils soient force de proposition alors que, jusqu'à maintenant, on leur disait d'attendre la demande du patient. Idem pour la régularité du dépistage. Jusqu'à présent, pour certains, c'était un échec de voir un patient revenir se faire tester à nouveau. Parce que cela voulait dire qu'il avait à nouveau pris des risques. Et donc que le counselling avait échoué... » Du côté de la DGS, on se veut rassurant : « On a travaillé avec les principaux syndicats de médecins, avec les gynécologues... Il faut arrêter de croire que les généralistes n'osent jamais aborder cette question. Ils sont déjà à l'origine de la majorité des dépistages », affirme Frédérique Delatour. Et d'ajouter : « On cherche, en quelque sorte, une aiguille dans une botte de foin avec les personnes séropositives qui s'ignorent. D'où ce dépistage en population générale dont le but est d'effectuer une sorte de "rattrapage" et de toucher des personnes qui ne s'imaginent pas être à risque. Ensuite – mais ce n'est qu'un avis personnel –, c'est par un dépistage ciblé, au plus près des populations à risque, que l'on sera le plus efficace. »

Cibler large. Un point de vue que n'est pas loin de partager le Dr Michel Ohayon, coordinateur médical de Sida Info Service et directeur du centre de santé sexuelle communautaire le 190 : « C'est dans la communauté gaie et en Guyane – là où l'épidémie est la plus virulente – que l'on pratique, en proportion, le plus de tests. Il faut donc redoubler nos efforts en proposant aux populations les plus exposées des tests très régulièrement. Ce qui n'est absolument pas stigmatisant. Ce qui l'est, c'est de se dire qu'on ne peut pas être gay sans risquer d'être séropositif. Le dépistage ne doit donc plus être vu comme une punition mais comme un service. » À ce propos, la prochaine campagne de communication de l'Inpes portera « sur une incitation large au dépistage du VIH hors notion de risque de contamination, explique la directrice Thanh Le Luong. Le but est d'expliquer en quoi il est intéressant de connaître son statut sérologique. Car, pour profiter des progrès scientifiques en matière de traitement du VIH, il faut savoir si l'on est séropositif. Le message devrait donc être le suivant : "Aujourd'hui, 50 000 personnes sont atteintes par le VIH sans le savoir. Faites-vous dépister. Parlez-en à votre médecin." Une campagne qui, en rappelant les avancées qu'il y a eu sur le VIH, veut s'adresser au plus grand nombre. » Néanmoins, précise-t-elle, au-delà d'une sensibilisation accrue du corps médical, « il y aura, via Internet et les radios, des messages plus ciblés en direction des homosexuels et des migrants ». Une campagne qui, refusant de jouer sur la peur, vise à « banaliser le test ».

Adapter l'offre. Et, à terme, la maladie ? Pour Marie Suzan, « le VIH ne sera jamais une maladie comme les autres, parce qu'elle a encore un fort pouvoir d'exclusion. Hélas, jusqu'à présent, on en a parlé que d'une seule manière : en faisant peur. Il faut changer de discours et expliquer que quand on est dépisté et traité, on a une vie presque normale ». Même point de vue de la part de Michel Ohayon : « Quand on voit quelqu'un arriver au 190 et qui nous parle encore du film Philadelphia, on se dit qu'il va être difficile de travailler avec lui. On n'est plus dans les années 1990 ! » D'où la nécessité, pour lui, d'aller plus loin sur les tests rapides : « Restreindre leur usage à quelques "situations d'urgence" et ne les considérer que comme des tests d'orientation est une véritable régression. Certes, les tests rapides sont moins performants que les tests classiques par prise de sang. Mais le test rapide le moins performant permet de repérer 70 % des primo-infections. Alors, qu'est-ce qu'on fait ? On attend d'avoir l'outil parfait ou on adapte notre offre aux populations ? » D'ailleurs, la prochaine étape n'est-elle pas l'autotest ? Pour Frédérique Delatour, « le problème est de pouvoir se prévaloir d'un autotest négatif auprès d'un partenaire alors que ce test n'est pas fiable ». Marie Suzan, elle, tique sur le fait d'être « seul face à la lecture de ce test ». Quant à France Lert, elle y est on ne peut plus favorable : « Il faut arrêter avec cette vision paternaliste. On a eu les mêmes débats quand les tests de grossesse sont arrivés en pharmacie. Ce qui compte, c'est que les tests soient fiables. Et que les gens se prennent en charge. »

Sauf que certains – face à un plan, aussi ambitieux soit-il – risquent d'être réticents, de peur, justement, d'être « pris en charge ». Le jour où Roselyne Bachelot a présenté dans la presse son plan de lutte contre le sida, l'Assemblée nationale, discutant de la loi sur l'immigration d'Éric Besson, a adopté l'amendement Mariani visant à restreindre le droit des étrangers malades. « Autant dire, soupire Michel Ohayon, que les étrangers malades ne vont pas se précipiter pour se faire dépister... »



Le test et la loi

Le 28 mai dernier, un arrêté a bouleversé la réglementation encadrant la réalisation des tests VIH. Suivant les recommandations de la HAS d'octobre 2008, il instaure l'utilisation d'une seule technique contre deux auparavant, puisqu'est préconisée l'utilisation des tests Elisa combinés dits de « quatrième génération », détectant à la fois les anticorps et l'antigène p24. Plus performants, ces tests permettent de réduire le délai d'attente pour se faire dépister de trois mois à six semaines. En revanche, en cas de test positif, la procédure reste inchangée : sera donc effectué sur le même échantillon sanguin une analyse de confirmation par Western Blot ou Immunoblot.

L'arrêté porte aussi sur l'utilisation des tests rapides. Ceux-ci sont réservés à quatre situations d'urgence : accident d'exposition au sang, d'exposition sexuelle récente pour tester un partenaire afin de proposer un traitement postexposition, au cours d'un accouchement ou en cas d'urgence diagnostique face à des symptômes évoquant le sida. Le recours aux tests rapides est par ailleurs réservé aux médecins exerçant en cabinet, aux médecins, biologistes médicaux ou sages-femmes, infirmiers et techniciens de laboratoire, exerçant dans un établissement ou un service de santé. Enfin, tout test rapide se doit d'être validé par un test biologique.

Cet arrêté apparaît déjà obsolète au vu des récentes préconisations de la ministre de la Santé. En effet, le plan de lutte contre le sida stipule qu'« une nouvelle forme de dépistage doit être mise en œuvre, celui réalisé par des non-professionnels de santé », « rendu possible par les associations elles-mêmes ». D'après la DGS, un groupe de travail est en train de rédiger un nouvel arrêté visant à encadrer strictement cette pratique. Il devrait sortir d'ici la fin de l'année 2010 afin que le dispositif – une quinzaine de centres communautaires – puisse s'appuyer sur les expérimentations en cours.

Un autre arrêté a été publié le 8 juillet dernier, faisant suite à la loi HPST et permettant aux centres de dépistage de lever partiellement l'anonymat du patient avec son consentement et dans son intérêt, c'est-à-dire dans un but thérapeutique. Ceci ne remet pas en cause les principes régissant le dépistage : accessibilité, gratuité, anonymat et volontariat. Toutefois, le dépistage est obligatoire dans un certain nombre de cas : don du sang, tissus ou organes, procréation médicalement assistée, militaires en mission hors de France et suspicion de viol ou d'agression sexuelle. On notera que dans le cadre du projet de loi sur la Sécurité intérieure, la tentation d'élargir le dépistage obligatoire s'est à nouveau manifestée dans les rangs du gouvernement (lire p. 11).

« Le test rapide n'est qu'un test d'orientation »



Point de vue du Dr Agnès Gautheret-Dejean, du laboratoire de virologie de la Pitié-Salpêtrière (Paris).

« Le test rapide VIH (TDR) n'est qu'un test d'orientation. En effet, on relève environ 1 % de "faux positifs" ainsi qu'un certain nombre de "faux négatifs". C'est ce qu'atteste l'étude menée par le Pr François Simon à l'hôpital Saint-Louis (Paris)*. Deux cents personnes infectées par le VIH ont été testées par cinq TDR (ayant le marquage CE) sur sang capillaire et un sur frottis buccal. Résultat : leur sensibilité varie de 86,5 % à 99 %. C'est-à-dire qu'au-delà de quelques tests difficilement interprétables, voire invalides, l'un

d'eux est passé à côté de près de 14 % des personnes testées. D'après cette étude, les tests les plus fiables sont ceux réalisés sur sérum, le moins fiable étant le test "salivaire". En outre, elle montre que si ces tests sont censés être valables à partir de trois mois après contamination – contre six semaines pour les tests sanguins Elisa combinés –, l'un d'eux n'a pas repéré une personne infectée depuis quatre mois. Cela signifie que si vous faites des tests régulièrement, un test négatif n'aura aucune valeur si vous avez pris un risque dans les trois derniers mois. Cette étude confirme que les tests sanguins classiques sont encore les plus performants. Toutefois, les tests rapides sont une bonne alternative pour des personnes qui ne peuvent ou ne veulent accéder à une structure médicalisée. À condition qu'ils soient réalisés par des personnes formées qui en ont l'habitude. Car leur lecture visuelle est subjective. Et parce qu'il faut savoir les manier afin de prélever la bonne quantité de sang. »

Propos recueillis par Sébastien Boistel.e

* Publiée le 19 juillet sur www.plosone.org. Consulter également le Rapport d'étude des performances des tests rapides de détection du VIH, publié en octobre 2008 par l'Afssaps (www.afssaps.fr).

France : dans et hors les murs

Sur fond de réorganisation promise du dépistage en France, des expérimentations ou recherches biomédicales ont récemment vu le jour. L'objectif est d'innover afin d'amener plus de personnes au dépistage. Le point sur quatre projets.

Checkpoint : un lieu de dépistage communautaire

Créé par le Kiosque Info Sida Toxicomanie, c'est un dispositif inédit qui a ouvert en janvier 2010 à Paris, à deux pas du Marais. Dans ce lieu réservé aux hommes ayant des relations sexuelles avec des hommes (HSH), une équipe médicale propose le dépistage par test rapide. « Nous voulions créer un lieu qui leur soit dédié, pour qu'ils puissent parler librement de leurs pratiques » explique Nicolas Derche, chef de service au Kiosque.

Le dépistage est réalisé par un médecin et des infirmiers, recrutés pour leur connaissance des HSH. « L'association travaille depuis longtemps dans le milieu gay, confirme Pierre Tessier, ancien directeur du Kiosque et initiateur du Checkpoint. Cette population nous identifie et nous fait confiance. » Le lieu est destiné à tous les HSH majeurs affiliés à la Sécurité sociale. Les termes « homo » ou « gay » n'ont volontairement pas été retenus afin d'accueillir les hommes qui ne se définissent pas comme gays. Ainsi, un quart des visiteurs se déclarent bi, hétéro ou refusent de définir leur orientation sexuelle. « Nous voulions inclure cette population, car ils ne sortent pas dans le milieu et n'ont pas forcément accès aux campagnes de prévention », explique Pierre Tessier.

À son arrivée, le patient s'entretient avec un médecin afin de s'assurer qu'il n'a pas été exposé à des risques de contamination durant les trois derniers mois (puisque les tests rapides actuels ne détectent que les anticorps) et qu'il ne présente aucun symptôme de primo-infection. Le résultat est connu quelques dizaines de minutes après le test. S'il se révèle positif, le patient doit effectuer une prise de sang afin de confirmer ou infirmer le résultat. Le passage au Checkpoint se conclut par une nouvelle discussion avec l'équipe

médicale, « pour faire un point sur les pratiques du patient et lui transmettre des messages de prévention ».

Depuis son ouverture, ce lieu fonctionne à plein régime. Pour 78 % des usagers, son principal atout est sa rapidité et sa simplicité. Le deuxième attrait est la certitude de trouver une bienveillance de la part de l'équipe médicale. Un quart des usagers avouent ainsi qu'ils ne seraient jamais allés dans un CDAG. Enfin, le Checkpoint, ouvert jusqu'en début de soirée, avec une nocturne le mercredi, séduit par ses horaires « plus adaptés au mode de vie des homos ».

Il convainc tout particulièrement les jeunes, souvent en déficit de prévention. La moyenne d'âge des visiteurs est de 29 ans et presque un tiers ont entre 18 et 24 ans. « Pour un quart d'entre eux, c'était leur premier test de dépistage, note Nicolas Derche. Cette génération se sent rassurée par rapport au sida et n'a pas conscience de l'impact de la maladie au quotidien. Elle n'a pas la même connaissance du VIH que les personnes plus âgées. »

Ce projet, financé notamment par l'ARS et Sidaction, s'inscrit dans le cadre d'une recherche biomédicale, seul outil légal pour proposer des tests rapides. « Les pouvoirs publics devraient bientôt se positionner quant à l'usage des tests de diagnostic rapides, prévoit Nicolas Derche. Dans une circulaire du 28 mai 2010, le ministère de la Santé a autorisé des professionnels de santé à les employer dans certaines situations d'urgence. Nous attendons une nouvelle circulaire pour élargir leur utilisation hors de ces situations, c'est un engagement de Roselyne Bachelot. » Faute de circulaire, le Checkpoint sera contraint de fermer ses portes début 2012.

En Ile-de-France, dépistage au service des urgences

« Les urgences accueillent chaque année un quart de la population française. Elles représentent un terrain privilégié pour étudier l'idée d'un dépistage en routine auprès de l'ensemble de la population », expose la Pr Anne-Claude

Crémieux, de l'hôpital Raymond-Poincaré (Garches). Depuis 2009, deux études complémentaires sont ainsi menées dans des services d'urgences d'Ile-de-France, où un dépistage du VIH est proposé à tous les patients, âgés de 18

à 64 ans et en état de donner leur accord. La première étude, dirigée par le Pr Enrique Casalino dans six services d'urgences de l'AP-HP de Paris, analyse la faisabilité de cette mesure et son impact sur les services. La seconde, sous l'égide d'Anne-Claude Crémieux, étudie son intérêt en termes de santé publique et l'acceptabilité du test par les patients. « Successivement, nous avons proposé pendant six semaines un dépistage en routine dans vingt-neuf départements d'urgence, explique-t-elle. Les deux tiers des patients l'ont accepté et les refus étaient le plus souvent rationnels : les personnes s'étaient faites dépister récemment ou considéraient ne pas avoir eu de pratiques à risque et ne se sentaient pas concernées. » Cependant, ce fort taux d'acceptabilité varie en fonction des services. Selon les deux professeurs, pour que le test ait le plus de chance d'être accepté, il doit être réalisé par le personnel

urgentiste. Mais certaines équipes l'auraient moins associé à leurs pratiques que d'autres. « Les centres où le test est le plus accepté sont ceux où le personnel a intégré la démarche, note Anne-Claude Crémieux. D'autres centres ont eu plus de difficultés et se sont davantage reposés sur les équipes travaillant pour la recherche sur le dépistage aux urgences pour le réaliser. Dans les semaines à venir, nous essaierons de comprendre quelles sont les difficultés qui ont pu se poser. » Un des premiers freins au dépistage systématique serait l'affluence dans le service : plus elle est élevée, moins le test est proposé. « Dans les services qui accueillent plus de soixante-quinze patients par jour, la proportion de personnes dépistées diminue », constate Anne-Claude Crémieux. Les phases d'étude de ces deux projets de l'ANRS sont achevées. Leurs principales conclusions devraient être rendues dans les mois à venir.

À Nantes, CDAG et associations sur les lieux de drague

Depuis juillet, Sida Info Service a entrepris un partenariat inédit avec le CDAG du CHU de Nantes : ensemble, ils se rendent sur les lieux de rencontre extérieurs afin de proposer un dépistage sur place, dans l'antenne mobile du CHU. « Depuis 2007, nous allons sur les lieux de rencontre extérieurs pour discuter avec ceux qui les fréquentent de leurs pratiques et de prévention, explique Carine Soulard, déléguée régionale de Sida Info Service. Ces visites ont éveillé l'intérêt du public, qui nous a fait comprendre qu'il serait intéressé par des dépistages sur place, directement après nos conversations. » Le CDAG a accepté de se joindre à l'opération, désireux de « rencontrer un autre public, hors des murs de l'hôpital ». Lors de ces tournées, les membres de l'association entament le dialogue et proposent un dépistage. Ceux qui l'acceptent se rendent ensuite dans le bus du CDAG. L'opération cible notamment les HSH et plus particulièrement ceux qui ne se définissent pas comme gays. « Les hommes mariés qui fréquentent ce lieu sont plus vulnérables devant les prises de risque, décrypte Carine Soulard. Ils agissent de manière pulsionnelle et ont peu de connaissances sur le VIH. Leurs stratégies de prévention sont les moins réfléchies et c'est le public qui a le plus de mal à aller se faire dépister dans un CDAG. » Bien accepté sur les lieux de rencontre, grâce « au travail de fond mené depuis des années », le bus a déjà effectué deux sorties dans un bois, aux heures où l'affluence est la plus forte, en fin d'après-midi et à la pause déjeuner. Pour rester efficace, l'opération, financée par l'ARS, le GRSP et la ville de Nantes, doit rester ponctuelle, selon Carine Soulard, qui prévoit quatre à cinq sorties annuelles.



Drag : un dépistage associatif destiné aux HSH

Drag'test (dépistage rapide auprès des gays) s'inscrit dans la continuité de Com'test, qui a montré la faisabilité et les apports du dépistage rapide des HSH par des associatifs. L'enjeu de Drag est de réserver des plages horaires spécifiques à ce type de dépistage dans les CDAG. « Nous voulons voir si des plages en dehors des horaires grand public, avec des associatifs et un counselling adapté, attirent un profil de HSH différent de ceux qui fréquentent habituellement les CDAG », explique Bruno Spire, responsable scientifique de l'étude. Menée par l'ANRS et par les équipes de dépistage de Aides, cette recherche biomédicale a débuté en mars à Marseille, puis à Lille, Nice et Paris. Les conclusions définitives seront connues au printemps 2011. En attendant, Bruno Spire note déjà que « la fréquentation des CDAG est plus élevée durant le créneau associatif » et constate « qu'une offre nouvelle attire toujours le public ».

Espagne : saunas et pharmacies

À l'étranger, le dépistage se renouvelle. Focus sur deux expérimentations espagnoles : la première, destinée à la population générale, proposait des dépistages rapides dans les pharmacies ; la seconde ciblait les HSH, grâce à des tests effectués dans des saunas.

Au Pays basque, un dépistage dans les pharmacies. L'idée de proposer le dépistage dans une pharmacie, lieu à la fois médicalisé et accessible, a été testée par le Pays basque espagnol. L'objectif était « d'offrir une alternative » de dépistage à la population générale et à ceux qui ne vont pas dans les centres de dépistage traditionnels. De juin 2009 à février 2010, vingt pharmacies ont ainsi accepté de participer à ce projet pilote, mené dans le cadre du Plan de prévention et de lutte contre le sida du gouvernement basque. Moyennant 5 euros, les patients pouvaient effectuer un test rapide et recevoir des conseils. Si le résultat se révélait positif, ils devaient se rendre à l'hôpital le lendemain pour le confirmer.

L'expérimentation exigeait une étroite coordination entre les différents services de santé de la région, qui ont longuement travaillé en amont afin d'assurer le suivi des patients. De même, les pharmaciens ont dû participer à plusieurs ateliers de formation pour s'habituer à parler de sexualité

avec leurs clients et trouver les mots justes pour annoncer d'éventuels résultats positifs. L'opération a été un succès, au-delà des espérances de ses organisateurs. En dix mois, 3 317 tests ont été effectués, soit 65% de plus que prévus. La grande majorité concernait des hommes, plus de sept sur dix, et la moyenne d'âge était plutôt jeune, environ 35 ans. La plupart des personnes dépistées ont déclaré avoir été convaincues par la rapidité et la commodité du test, l'anonymat du dépistage, la publicité autour de l'opération et l'accessibilité des pharmacies. Comme principal motif pour se faire dépister, 80% du public a confié avoir eu dans les mois précédents des pratiques à risque. L'expérimentation a séduit le public, mais aussi les pharmaciens, qui y ont vu l'occasion de renforcer leur « rôle en tant que travailleurs de santé communautaire ». Elle a également rappelé l'intérêt de proposer une offre élargie de dépistage à la population générale : dans cette enquête, le taux de prévalence s'est élevé à 8,7 pour mille.



À Barcelone, des tests rapides dans les saunas. C'est au cœur des lieux de rencontre réservés aux HSH, les saunas, que les autorités barcelonaises ont choisi de proposer des dépistages. Un constat inquiétant a motivé ce projet : les HSH demeurent une des populations les plus exposées au risque de contamination et 44% des HSH barcelonais ont, après diagnostic, un taux de CD4 inférieur à 350/mm³ de sang. Entre 2007 et 2009, des tests de dépistage rapides ont été proposés dans quatre saunas de la ville. Le test était effectué sur place, mais les résultats étaient remis au client le lendemain, à l'Agence de santé publique de Barcelone. En cas de résultats positifs, les patients de-

vaient se rendre à l'hôpital pour une confirmation du résultat et une première prise en charge médicale. Après trois ans d'expérimentation, les instigateurs du projet arrivent à la même conclusion : « C'est une bonne stratégie. » Le test a été bien accepté dans les saunas et 1 137 hommes, dont l'âge médian était de 32 ans, se sont faits dépister. Pour les deux tiers, il s'agissait d'une « mesure de contrôle », mais l'autre tiers avait eu des rapports sexuels anaux non protégés les mois précédents. Plus de quatre personnes sur cinq sont venues retirer leurs résultats, et ce dispositif a poussé de nombreux hommes à se faire dépister pour la première fois ; 20% n'avaient jamais eu recours au dépistage. Surtout, cette expérimentation a prouvé la pertinence d'actions directement destinées aux HSH et confirmé un taux de prévalence plus élevé dans cette communauté que dans le reste de la population. Ainsi, plus de 9% des hommes testés en 2007 et 2008 étaient positifs, 7,8 en 2009.

« Il y a un problème de dépistage depuis dix ans »

Directrice de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale, la Pr Dominique Costagliola réagit sur le plan de lutte contre le sida dévoilé par Roselyne Bachelot. Entretien.



Les premières pistes sur le dépistage du plan « Bachelot » viennent d'être révélées. Qu'en pensez-vous ?

C'est un progrès : cela fait dix ans qu'on essayait de dire qu'il y avait un problème du côté du dépistage ! On ne sait pas encore comment ce plan va se traduire, mais, au vu d'un cer-

tain nombre d'indicateurs retenus, on peut d'ores et déjà dire que ce ne sont pas forcément les bons. Par exemple, l'un des objectifs est de « réduire de 20% la mortalité liée au sida ». Parle-t-on des personnes qui meurent du sida ou des personnes qui meurent alors qu'elles ont le sida ? Cela ne veut rien dire !

Quel regard portez-vous sur les différents volets du plan – le dépistage en population générale et le dépistage ciblé. Pensez-vous que l'un soit plus efficace que l'autre ?

Ces deux volets ne sont rien d'autre que ce qu'avait préconisé la HAS en 2009. Ensuite, je me refuse à envisager que l'un puisse être plus important que l'autre. Parce que ce serait considérer que les populations auprès desquelles on va faire du dépistage ciblé seraient, en quelque sorte, en dehors de la population générale. Et parce qu'on ne touche pas les mêmes personnes selon le type de dépistage. Pour toucher tout le monde et être efficace, il faut être sur tous les fronts. Regardez les premiers résultats de l'étude en cours ANRS-Urdep de dépistage dans six services d'urgences en région parisienne : alors que le rapport de la HAS tablait sur une prévalence de l'infection à VIH non diagnostiquée de 1 pour 1 000, elle est comprise entre 4 et 9 pour 1 000 aux urgences. En outre, les personnes que l'on dépiste et qui ignorent leur séropositivité appartiennent à tous les groupes de transmission. Cela veut dire qu'aux urgences, on peut toucher tous les profils. Il faut donc faire à la fois du dépistage en population générale et du dépistage ciblé, en expliquant aux gens que c'est grave de ne pas se faire dépister et qu'il y a une perte de chance importante en cas de dépistage tardif. Or, à mon sens, c'est là que le bât blesse.

Pouvez-vous développer ?

Pour moi, le débat autour du traitement comme outil de prévention vient en quelque sorte « brouiller » le message essentiel. Il est beaucoup plus facile de montrer aux personnes en quoi il est important pour elles d'être dépistées et, le cas échéant, soignées le plus tôt possible que de chercher à démontrer l'impact éventuel en population générale de telle ou telle stratégie. Car le message à faire passer est relativement simple. En 2008, ce ne sont pas moins de 6 500 diagnostics qui se sont révélés positifs. Sur ces 6 500 personnes, près d'un tiers – 29% précisément – ont fait l'objet d'un diagnostic tardif, c'est-à-dire soit au stade sida, soit avec moins de 200 CD4. Le taux de décès à quatre ans des personnes prises en charge tardivement est de près de 13,9% alors que celui des personnes prises en charge précocement est de 3%. On a donc un taux de décès à quatre ans de 10,9%. On peut estimer que chaque année, 200 personnes meurent parce qu'elles ont été prises en charge – et donc dépistées – tardivement. C'est, à mon avis, par une prise de conscience individuelle que l'on parviendra à faire changer les choses. Ensuite, peut-être que cela aura un impact au niveau collectif... Mais pour cela, il faudra se donner des objectifs autrement plus ambitieux que ceux du plan de Roselyne Bachelot.

Comment expliquez-vous le retard pris en France sur la question du dépistage ?

Il n'y a pas, à proprement parler, de « retard français ». Après, il y a des gens qui ont su se réveiller un peu plus tôt que d'autres. Et des pays, notamment les États-Unis. Personnellement, cela fait quelques années que je travaille, comme d'autres, sur cette question. Or force est de constater qu'il a fallu un certain temps pour susciter l'intérêt du corps médical mais aussi du monde associatif. Ensuite, du côté du ministère ou de la DGS, je pense que se pose carrément un problème de compétences puisque certains ont été capables d'assurer qu'il n'y avait pas de problème alors que toutes les données disponibles – et il est rare d'en avoir autant – démontraient qu'il y en avait un.